

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

N._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Boris Heinzer, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, a travaillé comme agent de propreté et d'hygiène auprès du P. _____ depuis le 1^{er} septembre 2006, au taux de 60%. Le 24 septembre 2009, elle a ressenti une douleur dans le dos, déclenchant un blocage, en levant un sac poubelle dans le cadre de son travail.

Une IRM lombaire a été effectuée le 22 octobre 2009, suite à laquelle la Dresse Q. _____, radiologue, a retenu une protrusion discale postéromédiane paramédiane et latérale droite légèrement sténosante en L4-L5, et une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L5-S1.

Le 1^{er} juin 2010, l'assurée a consulté le Dr W. _____, neurologue, qui l'a soumise à un examen neurologique. Dans un rapport du 4 juin 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de lombalgie dans le membre inférieur droit et de faiblesse au membre supérieur droit d'origine indéterminée.

Le 8 juin 2010, l'assurée a rempli un formulaire de détection précoce à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), en indiquant présenter une incapacité de travail à 100% depuis le 28 septembre 2009. Lors d'un entretien le 23 juin 2010, elle a été invitée à déposer une demande de prestations d'invalidité.

Le 5 juillet 2010, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations d'invalidité, se prévalant de douleurs dorsales depuis le 24 septembre 2009 occasionnant une incapacité de travail totale.

Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale de compensation AVS a été versé au dossier, faisant état notamment d'un salaire de 35'128 fr. pour 2009.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 26 juillet 2010, la direction des ressources humaines du P._____ a retenu que l'assurée recevait un salaire annuel de 33'746 fr. 40 depuis janvier 2010.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr C._____, médecin praticien et chef de clinique au [...] du P._____. Dans son rapport du 12 juillet 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites dans le contexte d'une discopathie L4-L5, de déchirure annulaire et de faiblesse du membre supérieur droit d'origine inconnue. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 24 septembre 2009 dans l'activité de femme de ménage. Il a notamment expliqué que l'assurée avait été examinée par le Dr W._____, qui n'avait pas trouvé d'explication neurologique à la faiblesse du membre supérieur droit ni des lombalgies; une IRM cérébrale - requise pour exclure toute affection neurologique - s'était avérée normale et n'avait pas permis d'expliquer l'hémisyndrome droit douloureux présenté par l'assurée. Lors de l'examen du 20 mai 2010, la situation était stationnaire, avec une assurée présentant d'importantes appréhensions et une kinésiophobie. Concernant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles, les restrictions de l'assurée pouvaient être réduites par un reconditionnement musculaire, destiné à améliorer la capacité de travail.

Dans un rapport du 19 juillet 2010, les Drs T._____ et S._____, spécialistes en médecine du travail au service de médecine du personnel du P._____, ont diagnostiqué des lombalgies chroniques. Ils ont retenu qu'une IRM lombaire effectuée en octobre 2009 ne montrait pas de hernie discale mais des protrusions médianes L4-L5 et L5-S1 sans signe de conflit disco-radiculaire avec des légères discopathies L4-L5 et L5-S1; la prise en charge conservatrice avait été intensifiée avec de la physiothérapie, qui avait lentement amélioré la symptomatologie. Ces médecins ont retenu que l'assurée était à l'arrêt de travail complet et qu'il n'était pas encore possible de déterminer si elle pouvait reprendre son activité d'agent de propreté et d'hygiène.

L'OAI s'est adressé au Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée. Dans son rapport médical du 20 juillet 2010 adressé à l'OAI, ce médecin a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies aspécifiques et a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 24 septembre 2009. Il a en outre remis à l'OAI les documents suivants:

- Un rapport du 5 mars 2010 du Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, qui a posé le diagnostic de lombalgies chroniques aspécifiques et signalé une évolution défavorable sous traitement conservateur classique.

- Un rapport du 20 mai 2010 du Dr C._____, posant les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites dans un contexte d'une discopathie L4-L5, une déchirure annulaire, et une faiblesse du membre supérieur droit d'origine inconnue. Dans son appréciation, ce médecin a retenu que l'assurée présentait des douleurs lombaires associées à des pseudo-sciatalgies droites dans un contexte d'importantes appréhensions et une kinésiophobie avec de nombreux signes de non-organicité présents lors de ces deux examens. Un bilan radiologique du genou s'était avéré normal, et un examen neurologique avait été requis auprès du Dr W._____ pour déterminer l'existence ou non d'un hémisyndrome moteur d'origine éventuellement cérébrale.

- Un rapport du 13 juillet 2010 du Dr C._____, retenant que l'assurée présentait des lombalgies associées à des lombo-sciatalgies droites, ainsi que des brachialgies droites, sans substrat anatomique, et une importante kinésiophobie. Une rééducation stationnaire s'imposait, dès lors qu'un programme ambulatoire n'était pas possible.

Dans le cadre de la détermination du statut, l'assurée a indiqué à l'OAI le 20 juillet 2010 que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 60% depuis 2007, comme "service de maison", par intérêt personnel. Elle a précisé que son salaire mensuel brut était de 2'200 fr., versé 13 fois l'an.

L'OAI s'est adressé au Dr W._____, qui a retenu dans un rapport du 17 août 2010 les diagnostics de lombo-cruralgies droites, de faiblesse au membre supérieur droit d'origine indéterminée et de "status post levé [sic] d'un sac lourd à la place de travail suivi d'une douleur lombaire en septembre 2009". Ce spécialiste a retenu que les douleurs invalidantes du dos décrites par l'assurée n'étaient pas suffisamment expliquées par les résultats de l'imagerie lombaire; il n'y avait pas d'explications quant à la faiblesse du membre supérieur droit.

Du 6 au 23 septembre 2010, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire au [...] du P._____. Dans une lettre de sortie du 27 septembre 2010, le Dr C._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies, de cervico-brachialgies droites, de probables troubles de la personnalité avec composante anxieuse et de déconditionnement physique et psychique. En fin de séjour, ce médecin a constaté une petite amélioration de la mobilité, suite à un traitement médicamenteux, et a noté que l'assurée avait besoin d'un soutien psychiatrique.

En date du 11 novembre 2010, suite à une consultation au [...] du P._____, le Dr C._____ a retenu une situation stationnaire. Les douleurs lombaires s'étaient un peu amendées, mais subsistaient des hémicorporalgies avec une gêne globale. L'IRM, l'examen neurologique et les autres examens effectués étaient strictement normaux. Les points de fibromyalgie étaient tous positifs au niveau de l'hémicorps droit. Dans son appréciation, ce médecin a noté l'échec de la physiothérapie et a encouragé l'assurée à consulter un psychiatre.

Par communication du 11 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

L'OAI s'est à nouveau adressé au Dr C._____, qui dans ses lignes du 22 novembre 2010 a retenu les diagnostics de lombalgies

chroniques et pseudo-sciatalgies droites dans le contexte d'une discopathie L4-L5 et de cervico-brachialgies droites d'origine inconnue, puis une incapacité de travail de 100% à compter du 24 septembre 2009. Il a fait état d'un pronostic plus que réservé et a relevé la nécessité d'un suivi psychiatrique. Les restrictions de l'assurée ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, mais éventuellement par un traitement psychothérapeutique.

Le 27 janvier 2011, donnant suite à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr C. _____ a indiqué que l'assurée n'avait pas récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, que des mesures de reclassement seraient nécessaires en cas de stabilisation de la situation sur le plan psychiatrique et que sa capacité de travail dans une activité adaptée (sans port de charges) dépendait de son état de santé psychique.

Dans un courrier du 24 février 2011 adressé à l'OAI, le Dr J. _____ a expliqué que sa patiente présentait un tableau inchangé de douleurs généralisées prédominantes au niveau du dos, qui semblaient l'empêcher de se déplacer et d'effectuer des gestes et des activités de la vie quotidienne. Le séjour de l'assurée au [...] du P. _____ n'avait pas abouti à une amélioration significative. Afin de pouvoir se prononcer sur des mesures de réinsertion et de mesures professionnelles, ce médecin a estimé nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise somatique et psychiatrique.

Le 14 mars 2011, l'assurée a consulté le Dr C. _____ qui, dans un rapport du même jour, a retenu l'absence d'évolution au niveau des douleurs. L'assurée présentait un syndrome douloureux chronique qui nécessitait impérativement un suivi psychiatrique, en l'absence d'autres propositions thérapeutiques.

Le 29 mars 2011, le Dr J. _____ a réitéré sa proposition tendant à soumettre l'assurée à une expertise somatique et psychiatrique, afin de déterminer son aptitude au travail.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR) qui, dans un avis médical du 6 juillet 2011 des Drs K._____ et R._____, a retenu un contexte de douleurs chroniques sans substrat organique chez une assurée présentant un probable trouble de la personnalité avec composante anxieuse. Ces médecins ont requis un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, pour déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée ainsi que sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

Le 19 août 2011, l'assurée a été soumise par les Drs E._____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et rééducation, et A._____, psychiatre, à un examen clinique rhumatologique, de médecine physique-rééducation et psychiatrique. Dans leur rapport du 21 octobre 2011, ces médecins n'ont posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non irritatives et non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante sur les deux derniers étages lombaires, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit sans substrat organique, de poids insuffisant et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis le 1^{er} juin 2010, tant dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au P._____ que dans une activité adaptée, et ont exposé ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Lors de l'entretien, Madame N._____ décrit son activité professionnelle de nettoyeuse au bloc opératoire du P._____, activité considérée comme physiquement modérément contraignante. Nous n'avons pas le descriptif précis du port de charges par l'employeur. L'assurée estime avoir dû porter des charges pesant jusqu'à 20 kilos, ce qui paraît surestimé au vu du poste de travail.

A l'anamnèse, Madame N._____ confirme avoir présenté des lombalgies aiguës en septembre 2009 lorsqu'elle soulève un sac-poubelle. Depuis lors, elle garde des douleurs lombaires quotidiennes fluctuantes d'intensité. L'irradiation au membre inférieur droit décrite et comme mentionné dans le dossier est une pseudo-sciatalgie, c'est-à-dire une douleur référée depuis le rachis lombaire, sans distribution radiculaire (douleur paralombaire droite,

irradiant au niveau de la fesse, de la région rétro-trochantérienne et finissant derrière le genou). Les douleurs décrites par l'assurée sont de type mécanique.

Depuis l'été 2010, l'assurée ressent des douleurs du MSD (membre supérieur droit) accompagnées d'une diminution de force de préhension et de fourmillements des doigts.

Madame N._____ se décrit très limitée dans ses activités, elle est capable de tenir assise 30 minutes, de marcher 20 à 30 minutes, elle ne porte rien lorsqu'elle fait les courses, elle est très limitée dans ses activités de ménagère.

Les différents traitements réalisés jusqu'à présent, en particulier plus d'un an de physiothérapie n'ont pas amélioré les symptômes. L'assurée a vu trois fois le Dr W._____. L'assurée est au courant que le spécialiste n'a pas trouvé d'atteinte neurologique.

Madame N._____ prend quotidiennement un traitement antalgique à doses modérées sous forme d'opiacés légers et d'antalgiques simples, associés à un myorelaxant.

L'examen clinique montre une femme de 41 ans en bon état de santé générale, son poids est insuffisant avec un BMI à 16.9. L'anamnèse, l'examen clinique n'orientent pas vers une atteinte systémique ou vers une atteinte infectieuse pouvant expliquer le faible poids.

Dans sa gestuelle spontanée, l'assurée a une épargne du MSD fluctuante. Il existe des incohérences, par exemple Madame N._____ se dit incapable d'écrire le nom de son médecin sur la procuration car elle n'arrive pas à écrire droit au-dessus des points, immédiatement après, elle est capable de signer sans aucune difficulté; de même, alors qu'elle utilise ses membres supérieurs comme si elle était gauchère lorsqu'elle se déshabille le haut du corps, elle utilise symétriquement ses membres lorsqu'elle enlève son pantalon.

Comme mentionné dans le dossier par le Dr W._____, Madame N._____ lâche le testing musculaire à l'examen neurologique, cette fois-ci tant au niveau du membre supérieur que du membre inférieur droit; l'atteinte motrice est incohérente comme relevé par le Dr W._____ avec un tonus, des réflexes ostéo-tendineux normaux excluant un syndrome cortico-spinal. La boiterie fluctue de modérée à importante; lorsqu'elle marche en salle d'examen et lorsqu'elle sort de la salle d'examen, l'assurée a une flexion partielle de son genou D en phase d'appui, comme si elle avait une parésie de son quadriceps ce qui n'est pas le cas au testing musculaire. Lors de l'examen SMR, l'assurée a des troubles sensitifs de tout l'hémicorps droit, non reproductibles avec l'examen du Dr W._____ (main et mollet droits).

Dans son rapport, le Dr W._____ retient une faiblesse du membre supérieur droit d'origine indéterminée; le neurologue annonce que «l'examen neurologique de la patiente a une validité limitée» en raison des discordances mises en évidence et «des innervations volontaires saccadées»; à notre avis son examen a une validité

nette, il met en évidence l'absence d'atteinte neurologique cohérente. L'IRM cérébrale effectuée dans les suites de la consultation confirme l'absence d'atteinte cérébrale. Le Dr C._____ dans ses consultations ne retient pas non plus d'atteinte neurologique.

En l'absence d'atteinte organique, l'hémisyndrome droit douloureux de l'assurée ne peut être retenu comme incapacitant, pas plus que la faiblesse de son MSD.

Au niveau articulaire périphérique, nous retrouvons comme le Dr C._____ la difficulté importante à la mobilisation de l'épaule droite, sans tendinopathie spécifique, sans signe pour un conflit sous acromial. Nous retrouvons les points de Smythe positifs du côté D, le Dr C._____ les avait tous positifs, nous en avons 6 sur 8. Au vu de la distribution des points de Symthe uniquement du côté D, le diagnostic de fibromyalgie ne peut pas être retenu.

Au niveau du rachis, l'assurée n'a pas de troubles statiques conséquents, une analyse fine n'est pas possible, l'assurée participant partiellement à l'examen, se tenant en charge partielle du MID. La participation à la flexion et l'extension est également très partielle avec, comme mentionné par le Dr C._____, [...] un allongement du rachis lombaire de 1 cm en flexion. A titre de comparaison, le Dr H._____ avait un allongement de 3 cm, contre les 5 attendus en mars 2010. Il n'y a pas de sciatgie irritative. Nous retrouvons les signes comportementaux selon Waddell.

L'IRM de 2009 montre des discopathies banales, de faible degré de gravité, avec une protrusion circonférentielle en L4-L5 avec un débord foraminaux mais ne comprimant pas la racine L4 droite; en L5-S1, il existe une petite protrusion médiane, à nouveau sans signe de compression radiculaire. Le Dr H._____ dans son examen du 5 mars 2010 retient le diagnostic de lombalgies chroniques aspécifiques, c'est-à-dire sans que l'on puisse apparenter ces lombalgies à un problème discal, articulaire postérieur, ou en relation avec d'autres étiologies. Dans son appréciation de l'IRM lombaire, le Dr C._____ décrit une discrète protrusion discale L4-L5, sans compression radiculaire, il retient une arthrose facettaire.

Dans son dernier rapport adressé le 14 mars 2011 au Dr J._____, le Dr C._____ parle à présent d'hémi-corporalgies, de syndrome douloureux chronique, il est mentionné que l'assurée reste fixée dans l'idée d'une maladie grave, même si tous les examens n'ont rien montré de concret. L'étude du dossier médical, l'examen de ce jour montrent un glissement de la symptomatologie vers un syndrome douloureux chronique, une kinésiophobie et un comportement de type maladie, ceci sans modification de l'atteinte à la santé objectivable. L'examen initial du Dr H._____ n'est pas inquiétant avec un indice de Schober de 3 cm, c'est-à-dire une légère diminution de la mobilité lombaire, l'absence de sciatgie irritative, l'absence de déficit neurologique, une protrusion circonférentielle, constatation banale sur l'IRM.

Sur le plan psychiatrique, cette jeune assurée d'origine érythréenne n'a pas d'antécédent psychiatrique et son état n'a jamais nécessité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière. A l'examen clinique

de ce jour, elle n'a aucune plainte sur le plan psychiatrique et ne bénéficie d'aucun traitement médicamenteux psychotrope.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. L'assurée réagit avec un sentiment de détresse à la douleur, se déplace à l'aide d'une canne, se sent mal comprise par les médecins qui ne peuvent pas l'aider, redoute la persistance et même l'aggravation de son handicap ou de sa douleur. En dépit de l'allégation de lourd handicap, l'environnement psychosocial est intact et Madame N._____ ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque Madame N._____ est confrontée à son bilan existentiel actuel sont discrets et ne nous permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Bien que l'assurée soit psychorigide et très déterminée, nous n'avons pas objectivé l'existence d'un trouble de la personnalité morbide qui correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue [...] donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative. Dans la règle, le trouble de la personnalité se manifeste d'ores et déjà à l'adolescence et au début de l'âge adulte et il est stable dans le temps. Or, Madame N._____ a toujours assumé ses responsabilités socioprofessionnelles et son état n'a jamais nécessité de suivi ou d'hospitalisation en milieu psychiatrique ni de traitement psychotrope.

En conclusion, sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, Madame N._____ ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Limitations fonctionnelles

Les éléments à disposition ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles durables tant au niveau somatique que psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable de ce taux. Une fois les consultations spécialisées et les examens complémentaires

nécessaires effectués, le traitement ciblé entrepris, on se serait attendu à ce que l'assurée reprenne son activité professionnelle de nettoyeuse au bloc opératoire du P._____. Nous retenons comme date d'exigibilité le 1^{er} juin 2010, date de la consultation du Dr W._____.

L'assurée est en arrêt de travail depuis le 28 septembre 2009, en date du 1^{er} juin 2010, l'assurée a vu trois spécialistes, à savoir deux spécialistes du système locomoteur, un spécialiste du système neurologique permettant d'exclure des signes de gravité au niveau ostéoarticulaire, d'exclure une atteinte neurologique.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté stationnaire avec une exigibilité de 100% dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au P._____ à partir de juin 2010".

Dans un rapport du SMR du 8 novembre 2011, se fondant sur les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire effectué par les Drs E._____ et A._____, la Dresse K._____ a retenu l'absence d'atteinte à la santé, une capacité de travail de 100% et l'absence de limitations fonctionnelles.

Dans un projet de décision du 10 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a indiqué que l'assurée avait une capacité de travail restreinte depuis le 28 septembre 2009, dès lors qu'elle avait dû interrompre son activité professionnelle au P._____ en raison de douleurs dorsales. Se référant au rapport d'examen bidisciplinaire effectué au SMR, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'employée d'entretien au P._____ depuis juin 2010.

Le 7 décembre 2011, l'assurée a contesté ce projet de décision, en réclamant l'octroi de prestations d'invalidité. Elle a fait valoir qu'elle était incapable de reprendre le travail à 100%, ce dont son médecin traitant, le Dr J._____, attestait tous les mois.

Dans un courrier du 9 décembre 2011, l'OAI a demandé à l'assurée de lui remettre, le cas échéant, un rapport médical apportant des éléments ayant une incidence sur son droit à des prestations d'invalidité.

Donnant suite à cette demande, l'assurée a communiqué à l'OAI les pièces suivantes:

- Un rapport du 24 novembre 2011 du Dr F._____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation, retenant que l'assurée semblait présenter une fibromyalgie latéralisée à droite. L'ensemble des symptômes devait être mis sur le compte d'une pathologie psychiatrique qui paraissait sévère. On ne pouvait s'attendre à une amélioration après la prise en charge au [...].

- Un certificat médical du 12 décembre 2011 des Drs T._____
et S._____, posant les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale médiane L4-L5 et L5-S1 et de cervico-brachialgie droite. Ces spécialistes ont noté que l'assurée n'arrivait plus à marcher plus de 30 minutes sans s'arrêter et s'asseoir, qu'elle n'arrivait pas à rester assise ou debout plus de 15 à 20 minutes et qu'elle présentait une exacerbation des douleurs rachidiennes et du bras droit lors du port de charges de plus de trois kilos et à la flexion-extension de la colonne lombaire. Aucune tentative de reprise du travail n'avait pu être effectuée au cours des 18 derniers mois, même avec des adaptations de l'activité. Aucune reprise d'activité de l'assurée à son poste d'agent de propreté et d'hygiène dans le département de la logistique hospitalière ne pouvait être envisagée.

- Un courrier du 23 décembre 2011 du Dr J._____, qui a relevé ce qui suit:

"Le médecin soussigné atteste que Mme N._____ est régulièrement suivie à notre consultation depuis 1994.

Son état général a toujours été satisfaisant avec des contrôles de santé réguliers pour des affections somatiques banales.

Mme N. _____ a présenté, semble-t-il à la suite d'une contusion, des douleurs de l'hémicorps droit, sous la forme de lombo-sciatalgie droite s'étendant à la région de l'épaule droite à l'origine de multiples investigations, d'une évaluation et d'une prise en charge à l'hôpital orthopédique, par le Dr C. _____ (cf rapport ci-joint).

Ces traitements entrepris n'ont pas permis d'amélioration chez une patiente toujours très algique, développant un syndrome douloureux de tout l'hémicorps droit. Une nouvelle évaluation par le Dr F. _____ au [...] a été demandée pour une prise en charge de type cure thermale.

Mme N. _____ n'a toujours pas repris son travail de nettoyeuse au P. _____, se déplace à grand peine avec des cannes et n'arrive pas à assumer les tâches domestiques courantes, se faisant assister par les membres de sa famille.

Il ressort de ce tableau atypique une origine probablement psychogène qui a été mise en évidence par le Dr F. _____ bien que Mme N. _____ ait décliné toute proposition d'une prise en charge psychiatrique.

Je pense, cependant, en l'absence d'un diagnostic somatique bien défini à l'origine de ses douleurs, [que] l'atteinte psychiatrique mérite cependant d'être prise en compte pour son invalidité.

Je vous remercie de bien vouloir réévaluer ce dossier sur la demande de Mme N. _____ qui remet en question la prise de la position de l'AI du 9 décembre 2011".

Dans un avis médical du 17 janvier 2012 du SMR, les Drs O. _____ et R. _____ ont indiqué que les documents médicaux précités n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan médical, de sorte que les conclusions du rapport d'examen du SMR du 21 octobre 2011 devaient être confirmées.

Par décision du 20 janvier 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a expliqué à l'assurée que les documents médicaux produits par ses médecins traitants depuis le projet de décision n'apportaient aucun élément médical nouveau, de sorte qu'il fallait considérer que la capacité de travail était entière dans son activité professionnelle habituelle dès le mois de juin 2010.

B. Par acte du 20 février 2012, N._____, représentée par l'avocat Boris Heinzer, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 28 septembre 2010, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et décision. En premier lieu, elle se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, en exposant qu'elle ne s'est pas vu offrir la possibilité de se prononcer sur le fait que le SMR a donné son avis sur les rapports médicaux des Drs F._____, T._____ et J._____, ni sur le résultat de cette mesure d'instruction. Elle déplore en outre que la décision attaquée n'indique pas les raisons pour lesquelles les appréciations de ces médecins ont été écartées, sinon dans son courrier annexe, alors que le droit d'être entendu postule que la motivation figure dans la décision, et non dans un autre élément du dossier. Dans un deuxième moyen, elle se plaint d'une appréciation erronée des preuves, en mettant en doute la valeur de l'examen du SMR, qui est intervenu en août 2011 et conclut à l'absence de toute incapacité de travail à compter du mois de juin 2010, présentant un caractère rétroactif de plus d'une année. Elle relève en outre que l'assertion de l'OAI selon laquelle il n'y a jamais eu d'incapacité de travail attestée médicalement sur le plan psychiatrique est contredite par l'avis du Dr F._____ du 24 novembre 2011 et celui du Dr J._____ du 23 décembre 2011, qui tous deux évoquent une pathologie d'ordre psychiatrique. Elle note enfin que les avis médicaux qu'elle a produits n'émanent pas de ses médecins traitants, ce qui leur confère une force probante accrue. A titre de mesures d'instruction, elle requiert de pouvoir déposer un mémoire ampliatif une fois la réponse de l'OAI déposée, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle dépose en outre une requête d'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 22 février 2012, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 février 2012 et lui a désigné Me Boris Heinzer en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 12 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que, selon le rapport d'examen du SMR du 21 octobre 2011, qui satisfait aux critères permettant de lui accorder une pleine valeur probante, la recourante présente une capacité de travail de 100%. L'OAI se réfère en outre à sa lettre d'accompagnement du 20 janvier 2012 et relève que la recourante n'a pas jugé utile de demander une copie des pièces médicales de son dossier, alors qu'elle en avait la possibilité.

Par réplique du 5 novembre 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle relève que les Drs C. _____ et J. _____, de même que le Dr F. _____, ont fait état d'une pathologie psychiatrique, le Dr F. _____ la qualifiant même de "sévère". Elle ajoute que les conclusions du SMR quant à l'absence d'une telle pathologie ne sauraient être suivies, d'autant que cette appréciation a été émise à la suite d'un seul examen psychiatrique, sans que les médecins n'aient procédé à d'autres investigations ni n'aient disposé du moindre document psychiatrique. Pour elle, le rapport du SMR ne repose pas sur des investigations complètes et ne répond dès lors pas aux exigences jurisprudentielles permettant de lui accorder force probante. La recourante réitère sa requête d'expertise psychiatrique.

Le 21 novembre 2012, l'OAI a confirmé ses conclusions, expliquant que les arguments de la recourante n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'OAI a procédé, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettrait à l'intimé de nier le droit à une rente d'invalidité.

3. À l'appui de son recours, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue.

a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4a Cst. et qui s'applique

également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999; RS 101), actuellement en vigueur (ATF 129 II 497 consid. 2.2; 127 I 54 consid. 2b; 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; 124 V 180 consid. 1a et les références citées; TF 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1), celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les arrêts cités; TF 9C_544/2009 du 16 octobre 2009 consid. 2.2).

En l'occurrence, la recourante a pu faire valoir ses observations à la suite de l'envoi du projet de décision et a même été invitée par l'OAI à produire des pièces complémentaires. Il lui était en outre loisible de demander une copie de son dossier médical. L'OAI a suivi la procédure décrites aux art. 57a LAI et 73ter et 74 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), sans que l'on ne puisse lui reprocher d'avoir interpellé le SMR. Le droit d'être entendu de la recourante a donc été respecté.

b) Le droit d'être entendu implique pour l'autorité - notamment - l'obligation de motiver sa décision. Selon la jurisprudence, la motivation d'une décision est suffisante lorsque l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens, preuves et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 136 I 229 consid. 5.2; 133 I 270 consid. 3.1; TF 1C_454/2008 du 28 septembre 2009 consid. 3.1; TF 2C_724/2012 du 25 juillet 2012 consid. 5.1).

A cet égard, il apparaît que la recourante a compris la portée de la procédure d'audition. Elle ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle

soutient que cette motivation aurait dû figurer dans la décision. Assistée d'un mandataire professionnel, la recourante a en outre pu faire valoir ses droits en toute connaissance de cause; pour s'en convaincre, il suffit de se référer aux motifs figurant à l'appui de son recours (en ce sens: TF 2P.102/2002 du 4 novembre 2002 consid. 2.4; arrêt CASSO AA 62/08 du 19 avril 2010 consid. 2c; arrêt CASSO AA 27/09 du 26 mai 2011 consid. 2b).

4. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le

marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

5. En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité, en déterminant si elle présente une incapacité de travail.

a) Sur le plan somatique, la recourante a ressenti, dans le cadre de son travail, le 24 septembre 2009, une douleur dans le dos déclenchant un blocage. Le 19 août 2011, elle a été soumise à un examen clinique rhumatologique et de médecine physique-rééducation au SMR, effectué par le Dr E._____. Dans son rapport du 21 octobre 2011, ce médecin n'a posé aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non irritatives et non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante sur les deux derniers étages lombaires, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit sans substrat organique, de poids insuffisant et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis le 1^{er} juin 2010, tant dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au P._____ que dans une activité adaptée. Dans son appréciation du cas, il a mentionné que la recourante se plaignait de lombalgies, de douleurs au membre inférieur droit et de douleurs au membre supérieur droit. Les différents traitements, notamment de

physiothérapie, n'avaient pas amélioré les symptômes. Il n'y avait pas d'atteinte neurologique, et l'hémisyndrome droit douloureux ainsi que la faiblesse du membre supérieur droit ne résultaient pas d'une atteinte organique. L'étude du dossier médical et l'examen effectué au SMR montraient un glissement de la symptomatologie vers un syndrome douloureux chronique, une kinésiophobie et un comportement de type maladie, sans modification de l'atteinte à la santé objectivable.

Les constatations médicales du Dr E. _____ sont corroborées par les autres pièces médicales figurant au dossier, en particulier s'agissant de l'absence d'atteinte objective permettant d'expliquer les douleurs. Ainsi, le Dr W. _____ n'a pas décelé d'origine neurologique aux lombalgies et à la faiblesse du membre supérieur droit (rapports des 4 juin et 17 août 2010), une IRM cérébrale s'est avérée normale (rapport du 12 juillet 2010 du Dr C. _____), de même qu'un bilan radiologique au genou (rapport du 20 mai 2010 du Dr C. _____), et les Drs K. _____ et R. _____ ont relevé que la recourante souffrait de douleurs chroniques sans substrat organique (avis médical du SMR du 6 juillet 2011). Les rapports médicaux versés au dossier après le rapport d'examen du Dr E. _____ ne contiennent pas d'éléments permettant de douter des constatations de ce médecin. Les avis des médecins traitants de l'assurée, dont l'appréciation au sujet de la capacité de travail, doivent être admis avec réserve, et ceux des spécialistes du service de médecine du personnel du P. _____, sont peu étayés au regard du rapport d'examen du 21 octobre 2011 et ne font état d'aucune constatation objective ayant été ignorée par les médecins du SMR. On ne voit au demeurant pas de raisons de s'écarter des conclusions du Dr E. _____, qui sont dûment motivées et pleinement convaincantes. Il convient donc de retenir, sur le plan somatique, que l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juin 2010, date à laquelle des examens médicaux ont précisément permis d'exclure des signes de gravité au niveau ostéoarticulaire d'une part, et une atteinte neurologique d'autre part. A ce sujet, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le Dr E. _____ se fonde sur des éléments objectifs pour fixer la date de reprise d'une pleine capacité de travail.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait l'objet le 19 août 2011 d'un examen au SMR par la Dresse A._____, psychiatre. Dans son rapport du 21 octobre 2011, cette spécialiste n'a posé aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail et a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans son appréciation du cas, elle a indiqué que la recourante n'avait pas d'antécédent psychiatrique et qu'elle ne faisait l'objet d'aucun traitement médicamenteux psychotrope. A l'examen, cette spécialiste n'a pas constaté de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Elle a indiqué que la recourante réagissait avec un sentiment de détresse à la douleur; les quelques traits dépressifs et anxieux étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique, et il n'y avait pas de trouble de la personnalité morbide. Dès lors, la Dresse A._____ a retenu que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et qu'elle présentait une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité.

Les constatations et les explications de la Dresse A._____ sont cohérentes et permettent de comprendre les raisons pour lesquelles, selon cette spécialiste, il n'y a pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique. En effet, ainsi que cela ressort du dossier, la recourante n'a jamais fait l'objet d'un suivi psychiatrique et a même refusé une prise en charge en ce sens (rapport du 23 décembre 2011 du Dr J._____). On ajoutera que la Dresse A._____ est la seule spécialiste en psychiatrie à avoir examiné la recourante, de sorte qu'on ne saurait reprocher au SMR et à l'OAI de se fonder sur l'avis de cette spécialiste et de ne pas avoir disposé, avant le 19 août 2011, de document psychiatrique. Quant aux Drs J._____, C._____ et F._____, ils ne sont pas psychiatres et leurs avis doivent être appréciés avec réserve. Il convient dès lors, conformément à l'avis de la Dresse A._____, dont l'appréciation est convaincante et

dûment motivée, de retenir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. On rappellera enfin que la durée d'un examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur du travail effectué par la Dresse A._____ (en ce sens: TF 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1; TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2).

c) Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de douter de la valeur probante du rapport d'examen du 21 octobre 2011 du SMR, qui s'appuie sur des examens complets et des conclusions dûment motivées, tant sur le plan somatique que psychique. L'appréciation des preuves à laquelle l'OAI s'est livrée n'est pas critiquable, et c'est à juste titre qu'il s'est fondé sur ce rapport pour déterminer l'état de santé de la recourante et se prononcer sur le droit à la rente.

Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente, du point de vue somatique et psychique, une pleine capacité de travail exigible dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juin 2010. Dès lors, elle n'a pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

6. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

7. a) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Boris Heinzer a produit la liste de ses opérations le 21 décembre 2012, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 3'218 fr. 40 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (16 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 100 fr. et TVA à 8%).

c) La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

d) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 20 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Boris Heinzer, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'218 fr. 40 (trois mille deux cent dix-huit francs et quarante centimes), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Boris Heinzer, avocat à Lausanne (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :